



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Antrag
auf Teilnahme an der Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten
palliativ-medizinischen Versorgung
(§ 87 Abs. 1 b SGB V – Anlage 30 zum BMV-Ä)

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

Ermächtigung

Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: _____

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Betriebs- /Nebenbetriebsstätte/n erbracht
(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift

1. _____
(Adresse)

2. _____
(Adresse)

II. Fachliche Voraussetzungen nach § 6 und der Anlage 1

1. Praktische Erfahrungen:

- mindestens 2-wöchige Hospitation in einer Einrichtung der Palliativversorgung oder einem SAPV-Team
- **oder**
- Betreuung von mindestens 15 Palliativpatienten innerhalb der vergangenen drei Jahre (Nachweis sh. Anlage 1)

sowie

2. Theoretische Kenntnisse:

- 40-stündige Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin *¹
- **oder**
- Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“ (60 St.) **und**
- Fortbildung „Psychosomatische Grundversorgung“ (80 St.) **und**
- Themenkomplex 2 „Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen“ *¹

oder

- Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ (80 St.) **und**
- Themenkomplex 3 „Psychosoziale und spirituelle Aspekte“ *¹ **und**
- Themenkomplex 4 „Ethische und rechtliche Fragestellungen“ *¹ **und**
- Themenkomplex 5 „Kommunikation und Teamarbeit“ *¹ **und**
- Themenkomplex 6 „Selbstreflexion“ *¹

Hinweis: Die fachlichen Nachweise sind dem Antrag in Kopie beizulegen.

3. Weitere Teilnahmevoraussetzungen:

Im Rahmen dieser Vereinbarung erkläre ich, dass die nachfolgend aufgeführten Teilnahmevoraussetzungen erfüllt werden:

- Anwendung evidenzbasierter und zugleich praxiserprobter Leitlinien in der aktuellen Fassung (z.B. S3-Leitlinie Palliativmedizin)
- Bereitschaft zur Erfüllung der Aufgaben nach § 5
- Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit im Team
→ **zum Nachweis bitte die Seiten 3 und Anlage 2 vervollständigen**
- kontinuierliche Fortentwicklung der palliativ-medizinischen Qualifikation (im Umfang von 8 Fortbildungspunkten/Jahr durch die Teilnahme an Qualitätszirkeln oder Fallkonferenzen)
- Verwendung gültiger BTM-Rezepte (dreiteiliges amtliches Formblatt) gemäß Betäubungsmittelverschreibungsverordnung

*¹ gemäß dem (Muster-) Kursbuch Palliativmedizin der BÄK

III. Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team nach § 4

Um eine umfassende wohnortnahe palliativmedizinische und –pflegerische Versorgung zu gewährleisten, wurden verbindliche Absprachen mit weiteren notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften getroffen.

Bitte nutzen Sie für die Bestätigung der Kooperation die Anlage 2 zum Antrag.

Zusammenarbeit **zwingend** erforderlich:

- **Ambulanter Pflegedienst** Bestätigung liegt bei

Zusammenarbeit mit **mindestens einem weiteren Kooperationspartner** erforderlich:

- **Stationäre Pflegeeinrichtung / beschützende Einrichtung** Bestätigung liegt bei

- **Ambulanter Hospizdienst** Bestätigung liegt bei

- **Stationäres Hospiz** Bestätigung liegt bei

- **Palliativdienst** Bestätigung liegt bei

- **Palliativstation** Bestätigung liegt bei

- **SAPV-Team** Bestätigung liegt bei

- **Weitere:**

_____ Bestätigung liegt bei

_____ Bestätigung liegt bei

_____ Bestätigung liegt bei

IV. Erklärung

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass ich eine umfassende, jeweils der Erkrankung angemessene, fachübergreifende und umfassende palliative Behandlung und Betreuung sowie eine den medizinischen Erfordernissen und Möglichkeiten des Patienten angepasste, koordinierte Versorgungssteuerung gem. § 3 bis 5 der Vereinbarung zur Palliativversorgung übernehmen werde.

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren:
qs@kvbb.de

Im Falle einer Genehmigung bin ich einverstanden
 nicht einverstanden

dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Im Falle der Anstellung:
Unterschrift Ärztl. Leiter der
Einrichtung/MVZ
bzw. Unterschrift des Praxisinhabers

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.

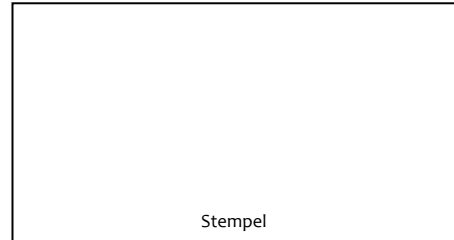
Anlage 1 zum Antrag auf Teilnahme an der Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung

- Nachweis der fachlichen Anforderungen - gem. Anlage 1 zur Vereinbarung -

Name, Vorname: _____

LANR: _____

Antrag vom: _____



In den letzten 3 Jahren habe ich die nachfolgend aufgeführten Patienten im Rahmen der Palliativversorgung betreut:

| Nr. | Patientenkürzel |
|-----|-----------------|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | |
| 11 | |
| 12 | |
| 13 | |
| 14 | |
| 15 | |

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Im Falle der Anstellung:
Unterschrift Ärztl. Leiter der
Einrichtung/MVZ
bzw. Unterschrift des Praxisinhabers

Anlage 2 zum Antrag auf Teilnahme an der Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung

Antragsteller:

Name, Vorname: _____

Praxisanschrift: _____

Der Antragsteller übernimmt die Behandlung des Patienten und koordiniert die erforderliche Einbeziehung sowie die im Bedarfsfall notwendige fortlaufende Abstimmung mit weiteren notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften.

Hierzu wurde die kooperative Zusammenarbeit mit

Name: _____

Berufsgruppe: _____

Anschrift: _____

und verbindliche Absprachen zu folgenden Aufgaben getroffen:

- Regelungen zum gegenseitigen Informationsaustausch
- Organisation gemeinsamer, patientenorientierten Fallbesprechungen und
- Durchführung von Konsilen

Stempel, Datum und Unterschrift
des Antragstellers

Stempel, Datum und Unterschrift
des Kooperationspartners